Da quale chirurgo per la protesi al seno

Una nuova legge indica gli specialisti abilitati a operare. Ma c'è chi pensa che le norme siano ancora troppo permissive

ILLUSTRAZIONE DI PAOLA FORMICA

...rvizio di Daniela Natali
a pagina 43

Protesi Nuove norme hanno imposto un giro di vite in un ambito con troppe ombre. Ora solo alcune specializzazioni abilitano all'operazione

La chirurgia del seno non è più per tutti (i medici)

Ci sono voluti più di due anni, a partire dal febbraio del 2010 (e la spinta data dallo scandalo delle Pip, le protesi francesi difettose) perché il disegno di legge sulle protesi mammarie diventasse legge con la pubblicazione in Gazzetta il 27 giugno 2012. L'attenzione si è concentrata soprattutto sul divieto di "rifacimento" del seno (per ragioni solo estetiche) alle minorenni e sulla istituzione di un Registro degli impianti protesici che ne garantisse la «tracciabilità» (e permettesse una miglior sorveglianza clinica e epidemiologica). Ma nella nuova legge c'è di più.

Per la prima volta si chiarisce che la chirurgia plastica e ricostruttiva, almeno per quanto riguarda il seno, non può essere praticata da qualsiasi laureato in medicina e chirurgia (come è stato finora) ma solo da chi è in possesso di determinate specializzazioni. Quella in chirurgia plastica, ovviamente, ma anche quelle in chirurgia generale, ginecologia e chirurgia toracica. «Questa legge rappresenta un compromesso, tra chi voleva che non fossero posti limiti di specializzazione — e ricordo che in Italia tutti i medici possono fare tutto, e che solo per poche specialità, come per esempio anestesia e radiologia, ci vuole una specifica specializzazione — e chi, al contrario, voleva restringere il campo ai soli chirurghi plastici» ammette Michele Pascone, presidente della Sicpre (Società italiana di chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica). «Comunque, la nuova normativa è già un passo avanti in un settore in cui di regole c'è molto bisogno e farà anche chiarezza sul numero di impianti eseguiti, che finora si è calcolato approssimativamente».

Va però detto che la legge precisa che i medici non in possesso delle specializzazioni citate possono continuare ad applicare protesi mammarie purché abbiano svolto una «attività chirurgica equipollente nei precedenti cinque anni».

Ma anche qui qualche dubbio viene: che cosa si intende con precisione per equipollente? «Basterà — si chiede il chirurgo plastico Paolo Santanchè — dimostrare che nell'ultimo lustro si è impiantata qualche protesi?». «Ma è l'intera legge che mi lascia perplesso — continua Santanchè —. Che cosa dà in più rispetto al passato? Anche adesso era un obbligo consegnare al paziente la cartella clinica con tutte le informazioni sulla protesi: produttore, marca, modello, dimensioni, numero di lotto e di serie. E poi mi chiedo: se qualcuno farà il furbo e continuerà ad impiantare protesi senza le qualifiche richieste — sulle quali ci sarebbe da discutere — che contromisure, legali, si adotteranno?».

«La legge, che comunque tengo a dire è un'ottima iniziativa, non prevede nulla di specifico — spiega Giuseppe Scaramuzza, coordinatore del Tribunale del malato-Cittadinanzattiva —. Vale la legislazione generale: si possono configurare, a carico del medico senza le specializzazioni richieste i reati di truffa, eventualmente di falso ideologico e, in caso di danni alla paziente, di lesioni colpose». «La normativa è nuova e non c'è giurisprudenza» confermano all'Ufficio legale Fnom, la Federazione degli ordini dei medici. «Comunque, se c'è raggiro si può effettivamente pensare al reato di truffa e se c'è menzogna al falso ideologico. La legge prevede, poi, se si operano minorenni, una sanzione di 20 mila euro e la sospensione dalla professione per tre mesi». «Il merito di questa legge — conclude Francesco D'Andrea, tesoriere della Sicpre — è quello di aver messo dei "paletti", su *chi* può impiantare le protesi, sull'*a chi*, e sul *con che cosa* eseguire l'impianto, visto che nel Registro compariranno, sia pure in forma anonima (a tutela della privacy), tutte le persone che hanno ricevuto una protesi mammaria e le caratteristiche degli impianti. Quindi, in caso di guai, sarà compito della Direzione generale del farmaco e dei dispositivi medici, che tiene il Registro, attivarsi, segnalando il caso alle strutture sanitarie dove sono stati eseguiti gli impianti, in modo che si rintraccino i pazienti attraverso il numero di codice. Una "trafila" che non si poteva seguire altrettanto facilmente con le semplici cartelle cliniche». Il tutto potrebbe poi portare a un ulteriore controllo sul *chi*, inteso come medico operatore. «Il fatto che dell'intervento, attraverso la registrazione della protesi, resti una traccia — sottolinea D'Andrea — farà sì che, almeno per le protesi al seno, emerga il sommerso della chirurgia estetica. Non sarà semplice farsi pagare in nero e si ridurranno le pratiche scorrette». A meno d'essere pazienti molto sprovveduti che incappano in persone decise a infrangere le leggi.

D'ARCO

Daniela Natali

Le opzioni

Modelli diversi e autotrapianti di cellule adipose

Le protesi mammarie sono tutte uguali? E ci sono alternative per aumentare seno? «Le protesi — dice il chirurgo plastico Francesco D'Andrea — sono al 90% di silicone, sia all'esterno, che all'interno. Nel tempo, però, la capsula esterna è diventata più spessa, per scongiurare rotture, e all'interno si usa non più silicone liquido, ma silicone gelificato, in modo che, anche in caso di rottura dell'involucro, il gel resti coeso e non migri altrove». Tutti miglioramenti «incoraggiati» dal lungo divieto americano, di qualche anno fa, di impiantare protesi con silicone, nel timore che una fuoriuscita di questo materiale potesse causare tumori o malattie autoimmuni. Senza dimenticare che oggi le protesi non sono più a «palla», ma più anatomiche e di forme diverse. «In alternativa al silicone — continua D'Andrea — un 10% di medici usa protesi rivestite di poliuretano, che sembra dare meno fenomeni di "rigetto", ovvero di formazione di una capsula fibrosa rigida intorno alla protesi. Per un po' si è provato a usare protesi riempite con una soluzione fisiologica, ma i risultati estetici non erano buoni e si "sentiva" il rumore del liquido». Alternativa alla protesi è il lipofilling, cioè cellule adipose (trattate e «potenziate») prelevate dove abbondano e iniettate con cannule. Vantaggi: non si introducono materiali estranei; svantaggi: si hanno fenomeni di riassorbimento assai variabili e i volumi ottenuti sono limitati. Addio definitivo invece al Macrolane, gel riempitivo di acido ialuronico che dava problemi nella lettura delle mammografie.

Chi è «autorizzato»

Possono inserire protesi al seno: chirurgi plastici, generali, toracici e ginecologi

CHI PUÒ ESEGUIRE L'INTERVENTO

Medici specializzati in

- CHIRURGIA PLASTICA
- CHIRURGIA GENERALE
- GINECOLOGIA E OSTETRICIA
- CHIRURGIA TORACICA

CARATTERISTICHE DELLE PROTESI

Possono avere

1. *La capsula esterna e il contenuto interno in silicone*
2. *La capsula esterna in poliuretano e il contenuto interno in silicone*
3. *Contenuto interno in soluzione fisiologica. Sono sconsigliate per i risultati limitati*

6/12 mila euro IL COSTO DELL'INTERVENTO

50 mila LE PROTESI INSERITE OGNI ANNO *(media stimata)*

I CONSIGLI

- Chiedere al medico se ha una delle specializzazioni ora richieste
- Chiedere se ha una assicurazione per i rischi professionali, a tutela dei pazienti
- Leggere con attenzione il foglio del consenso informato per l'intervento prima di firmare
- Informarsi bene sul tipo di protesi proposta e sulla sua qualità
- Chiedere garanzie sulla qualifica dell'anestesista e sulle attrezzature presenti in sala operatoria *(defibrillatore, ventilazione assistita)*
- Diffidare di chi vi mostra foto di pazienti già operate
- Diffidare di inserzioni pubblicitarie che promettono soluzioni troppo «facili»

LE ALTERNATIVE ALLE PROTESI

- **LIPOFILLING**
  Cellule adipose della stessa paziente trattate e inserite con cannule nel seno
- **MACROLANE**
  Riempitivo a base di gel ialuronico. Non si usa più perché rende difficile la lettura delle mammografie

D'ARCO

Le strutture In day surgery o in ambulatorio? Attenzione: non è la stessa cosa

La questione irrisolta del «dove»

Chi può impiantarle e l'obbligo di «registrarle» sono ormai fatti chiariti. Il «dove», invece, resta il punto più lacunoso della nuova legge. Insomma, in quale struttura si possono eseguire impianti di protesi mammarie? E più in generale, dove è lecito eseguire i diversi tipi di interventi (anche non estetici)? La nuova normativa parla, genericamente, di «strutture pubbliche e private», il che non contribuisce a chiarire la situazione.

Ma c'è una spiegazione per questa vaghezza: questa materia è affidata alle Regioni, e mentre alcune si sono preoccupate di stilare elenchi che per ciascun tipo di intervento indicano la sede appropriata (ambulatorio medico, ambulatorio chirurgico, day surgery, chirurgia con possibilità di ricovero), altre (tra cui la Lombardia) per ora non lo hanno fatto.

Questo espone a rischi in più i pazienti e, in particolare, quelli che si sottopongono a interventi estetici. Se, infatti, nessuno andrebbe a farsi operare in un luogo non idoneo quando l'intervento è coperto dal Sistema sanitario, quando si paga di tasca propria si può essere tentati da (pericolose) soluzioni al risparmio, che medici poco scrupolosi possono proporre per diventare più concorrenziali. «Tanto per chiarire la portata del problema, in America il 70% della chirurgia richiede meno di 24 ore di ricovero, cioè "day surgery".

Da noi, all'inizio, si diffidava un po' di questa modalità di intervento e si pensava dovesse essere fatta vicino agli ospedali, anche se la struttura era privata. Con il tempo — chiarisce Giorgio Celli, presidente dell'Associazione italiana delle unità private di day surgery e vicepresidente della Società italiana di day surgery e chirurgia ambulatoriale — si è capito che non era necessario, purché si fosse in presenza di precisi requisiti. Requisiti sovrapponibili a quelli delle strutture ospedaliere: l'ambiente deve rispondere a certi criteri, come pure la sua manutenzione, il personale e le attrezzature».

«Le caratteristiche dei centri di day surgery, però, — prosegue Celli — sono diverse da quelle degli ambulatori chirurgici. Entrando un po' più nel dettaglio, negli ambulatori non c'è obbligo di filtraggio dell'aria (e di conseguenza il tavolo e l'area operatoria non sono sterili), gli ambulatori possono autocertificare le loro caratteristiche, aprire senza un'autorizzazione preventiva e non sono obbligati ad avere un collegamento funzionale per le emergenze con specifici ospedali, secondo un protocollo fissato, come invece accade per le day surgery. La confusione presente in alcune Regioni, che non permette di distinguere i compiti affidabili a queste due diverse tipologie di strutture, ha portato a un diffondersi degli ambulatori chirurgici, decisamente meno costosi, dove si fa di tutto un po'».

E in caso si verifichi un'emergenza, le day surgery sono attrezzate? «Quello che conta, nell'eventualità si verifichino problemi, è che durante l'intervento sia presente un anestesista per stabilizzare il paziente. Bastano defibrillatore e ventilazione assistita. Poi, se fosse necessario, cosa che accade molto raramente se si effettua un'adeguata selezione dei pazienti, chi ne ha bisogno verrà trasportato in terapia intensiva» conclude Celli.

D. N.

Negli ambulatori chirurgici non c'è obbligo di filtraggio dell'aria e perciò il tavolo e l'area operatoria non sono sterili

il Giornale 22/07/12

L'ipertensione si può gestire anche attraverso la radiofrequenza

Luisa Romagnoni

■ L'ipertensione è una patologia che riguarda circa 15 milioni di italiani, la loro salute è a rischio. Questa malattia, se non controllata può causare gravi conseguenze sul sistema cardiovascolare, come infarto, ictus e insufficienza renale. Nonostante cure appropriate, a volte i valori pressori non riescono a scendere al di sotto del limite di guardia (140/90 mmHg). É il caso dell'ipertensione resistente. Una condizione per la quale oggi è disponibile una nuova opzione terapeutica, non farmacologica: la denervazione renale.

«Se la modificazione dello stile di vita, inclusa l'alimentazione ed un trattamento farmacologico adeguato, non consentono di riportare i valori della pressione arteriosa entro i limiti internazionalmente considerati come normali, può essere valuata l'opportunità dell'intervento di denervazione simpatica renale che si ottiene mediante l'applicazione della radiofrequenza nelle arterie renali, raggiunte con un cateterismo arterioso percutaneo convenzionale», commentano Bruno Damascelli, del Gruppo GVM EmoCentro Cuore Columbus di Milano e Gianluigi Patelli, dell'ospedale Pesenti - Fenaroli di Alzano Lombardo, primi ad eseguire in Lombardia, presso lo stessa struttura ospedaliera, questo tipo di intervento. Damascelli e Patelli hanno effettuato il trattamento di denervazione renale su due pazienti con ipertensione resistente, rispettivamente a 4 e 5 farmaci anti-ipertensivi, utilizzando una innovativa tecnologia (sviluppata da St.Jude Medical), basata su di una nuova geometria di erogazione della radiofrequenza endovascolare renale. I risultati ottenuti incoraggiano: a distanza di 72 ore dall'intervento, il primo paziente è passato dai valori di pressione arteriosa di 190/110 a 150/90 mmHg. Mentre il secondo paziente, ha fatto registrare una riduzione dei livelli pressori da 160/110 a 135/90 mmHg La riduzione della pressione arteriosa è fondamentale: il rischio di un evento cardiovascolare si riduce del 50 per cento ogni 20 punti di decremento della pressione sanguigna. Questa procedura è applicabile anche per patologie connesse o meno all'ipertensione resistente. La sindrome dell'apnea notturna, quella dell'ovaio policistico, lo scompenso cardiaco refrattario, l'insufficienza renale progressiva e le aritmie ribelli sono già oggetto di studi clinici.

Allontaniamo i rischi della vista

Alimentazione

Quanto si sono «alleggerite» le merendine

a pagina 44

Ricerche

Un'efficace strategia contro il sovrappeso nei bambini

Fuoripasto Ridotte le porzioni, cambiati gli ingredienti

Anche le merendine ora si stanno «alleggerendo»

È possibile diminuire i grassi nei dolci senza che i bambini se ne accorgano? Ed è più facile contenere il consumo di dolciumi riducendone le dimensioni? Sembrerebbe di sì, almeno secondo due recenti studi. Nel primo, pubblicato dall'*International journal of obesity*, ricercatori americani hanno sottoposto 84 bambini (età media 8 anni) e le loro mamme ad alcuni test, per verificare le concentrazioni di grassi e zuccheri preferiti da entrambi, in alimenti solidi (budino) e bevande (acqua zuccherata). Rispetto alle mamme, i bambini hanno preferito i dolci con più zuccheri, ma con meno grassi. Ciò suggerisce che gli alimenti a ridotto contenuto di grassi possano essere più accetti ai bambini che agli adulti.

Nel secondo studio, pubblicato dal *Journal of nutrition education and behavior*, ricercatori belgi hanno diviso in due gruppi una ottantina di bimbi (età media 9 anni), offrendo loro per merenda la stessa quantità di biscotti, che però per un gruppo erano spezzati a metà. E in quest'ultimo caso i bimbi hanno consumato il 25% di biscotti in meno (come peso), introducendo 68 kcal in meno.

L'alleggerimento dei dolci è un obiettivo che si sono poste anche molte aziende. Secondo dati di Aidepi (l'Associazione delle industrie della pasta e del dolce italiane), nel 2008 una porzione media di gelato apportava 210 kcal, ora ne fornisce 190; per le merendine si è passati (porzione media) da 200 a 180 kcal. L'impegno è di portare gelati e merendine a 170 kcal entro il 2014. Ma come?

Spiega Paolo Simonetti, professore di Nutrizione delle collettività-Dipartimento di scienze per gli alimenti, nutrizione e ambiente dell'Università di Milano: «L'obiettivo può essere raggiunto riducendo le porzioni (e di conseguenza andrebbe ridotto il prezzo d'acquisto) o riformulando i prodotti (via più costosa in termini di investimenti). Va riconosciuto a molte aziende un cambiamento di strategia: nel passato recente la tendenza era di proporre per qualsiasi alimento porzioni sempre più grandi e saporite; ora molte aziende guardano con interesse alle indicazioni nutrizionali, quali la riduzione del sale, di zuccheri semplici, di grassi saturi, suggerite da istituzioni e società scientifiche».

Osservando la composizione di molti biscotti, merendine, gelati, ma anche di cereali da prima colazione e cracker, si notano alcuni miglioramenti. Ad esempio, sempre secondo dati Aidepi, nelle merendine il contenuto medio di acidi grassi trans (presenti principalmente nei grassi idrogenati e di cui si consiglia di ridurre al minimo il consumo) è passato dai 4 gr/etto del 2008 agli attuali 0,4 gr/etto; il sodio nei cereali da colazione si è ridotto da 0,9 a 0,6 gr/etto, gli zuccheri nei biscotti sono passati da 35 a 33 gr/etto, con l'impegno di arrivare a 30 grammi nel 2014.

«Non dimentichiamo però — ricorda Simonetti — che i valori citati sono medi; in altre parole non riguardano tutti i prodotti o tutte le aziende. Non resta, quindi, che controllare le etichette (già indice di attenzione dell'azienda), confrontando i prodotti sia per qualità degli ingredienti (meglio pochi e semplici), sia per caratteristiche nutrizionali. E in ogni caso, la prima regola resta sempre la moderazione».

C. F.

A confronto

Ecco alcuni esempi di merendine più o meno caloriche

	PROTEINE	GRASSI	di cui saturi	CARBOIDRATI	di cui zuccheri	ENERGIA KCAL
Merendina brioche alla crema *(porzione da 50g)*	4g	13g	7g	21,9g	7,9g	223
Merendina farcita di latte *(porzione 28g)*	2,8g	6,2g	3,2g	13g	5,9g	120
Gelato cornetto classico *(porzione 75g)*	3,5g	14g	9g	25g	18g	230
Gelato su stecco ricoperto da sorbetto *(porzione 75g)*	1g	1,5g	1g	19g	17g	90

D'ARCO

l'Unità

22/07/12

Spending review: c'è anche il nodo delle società in house

Si concentrerà su sanità, Province ed enti locali il pacchetto di modifiche al decreto spending review che i relatori al Senato presenteranno d'intesa con il governo. Le proposte dovrebbero arrivare entro la giornata di domani, o al massimo martedì. Uno dei nodi da sciogliere è quello della razionalizzazione e dei tagli alle società in house dopo la sentenza della Corte Costituzionale che ha bocciato la privatizzazione dei servizi pubblici (norma della manovra bis del governo Berlusconi) e che potrebbe quindi configurare un preavviso di incostituzionalità dell'articolo 4 del decreto spending review. I relatori stanno inoltre lavorando per ridurre drasticamente le circa 2mila proposte di modifica piovute sul provvedimento in commissione Bilancio al Senato. Il Pd ha annunciato che ritirerà gran parte delle modifiche, ed è possibile che gli altri gruppi decidano lo stesso.

Nuovi contratti al via Effetto Marchionne sui metalmeccanici

«Un consiglio di sorveglianza anche nelle imprese italiane»

LA STAMPA 22/07/12

IMPRENDITORE ALESSANDRINO MORÌ NEL '92: UN MILIONE E MEZZO ALLA FAMIGLIA

Trasfusione all'Hiv Sofferenza risarcita

Sperano i 6 mila e 600 casi analoghi pendenti a Roma

MARCO ACCOSSATO
TORINO

Ogni mattina, per trecento giorni, si è svegliato con un pensiero fisso: la morte. Contagiato nel 1985 al San Matteo di Pavia da una trasfusione di sangue infetto, un imprenditore alessandrino di 59 anni è morto nel maggio del 1992, meno di un anno dopo aver scoperto che il virus dell'Aids lo aveva infettato e lo stava consumando. Nulla da fare, se non vedersi e sentirsi ogni giorno più magro, stanco e disperato.

Adesso, per quella fine legata a un mancato controllo dell'ospedale sul sangue trasfuso, la famiglia dell'imprenditore ha ottenuto dal Policlinico e dal ministero della Salute un risarcimento milionario, uno degli otto più elevati mai decisi da un giudice in Italia per un danno da trasfusione: un milione e mezzo di euro, che il San Matteo e il ministero dovranno pagare in parti uguali. Il primo colpevole di non aver controllato la positività o meno delle sacche di sangue destinate agli interventi chirurgici, il secondo responsabile di non aver emesso alcuna circolare che imponesse agli ospedali l'utilizzo del test anti-Hiv «Elisa» che all'estero già esisteva ed era sfruttato dall '84, anche se in fase sperimentale.

Ci sono voluti otto anni di dibattimento, ma alla fine gli avvocati Renato Ambrosio e Stefano Bertone hanno raccolto tutti gli elementi per dimostrare senza ombra di dubbio le responsabilità, e per andare ben oltre l'indennizzo inizialmente ottenuto dai familiari della vittima. E hanno vinto magistralmente la causa: la Corte d'Appello di Torino ha appena confermato il verdetto di primo grado del 2009; Policlinico e ministero hanno annunciato che non andranno in Cassazione: sono colpevoli di mancato controllo. Cosa che in Italia servirà ora molto probabilmente come precedente per altre cause: 6 mila e 600 quelle pendenti a Roma per lo stesso motivo.

Ministero della Salute e San Matteo di Pavia condannati in solido al maxi-rimborso

Un elemento colpisce, oltre alla cifra fissata per il risarcimento: «Il giudice ha valutato non solo il dramma della morte dell'imprenditore, ma ha anche quantificato la sofferenza che ogni giorno, da quando ha scoperto di esser stato contagiato, quest'uomo, padre di due figli, ha dovuto patire sapendo che il suo destino era segnato», sottolinea l'avvocato Bertone. Col rischio - per fortuna scongiurato - di infettare anche la moglie: per questo è stata riconosciuta una cifra di mille euro per ogni giorno di malattia dopo la diagnosi, «che - sottolineano gli avvocati dello studio legale torinese Ambrosio e Commodo - è ben otto volte l'importo massimo della liquidazione giornaliera dell'invalidità temporanea».

Policlinico e ministero stanno già provvedendo al pagamento. Il contagio risale al 1985, quando l'imprenditore di Alessandria fu sottoposto a un intervento al cuore per l'applicazione di un by-pass aorto-coronarico. Negli anni successivi l'uomo cominciò a perdere peso, finché comparvero dietro le orecchie i primi linfonodi ingrossati. E solo a quel punto si arrivò alla diagnosi.

Fu chiaro da subito che la causa dell'Aids fu la trasfusione durante l'intervento al cuore, tanto che il ministero della Sanità - riconoscendo il nesso causale - indennizzò subito la famiglia con 50 milioni di lire. I familiari, insoddisfatti del trattamento, si rivolsero comunque allo studio Ambrosio e Commodo che sta seguendo oggi centinaia di altre cause analoghe.

La famiglia dell'imprenditore alessandrino non ha mai contestato nulla ai medici del San Matteo, che - ricordano gli avvocati - «seguirono il paziente sempre con grande professionalità e non commiserò errori nell'intervento al cuore». Ma nessuno controllò la sacca di sangue che nell'arco di pochi mesi ha ucciso l'imprenditore.

La vittima fu contagiata da una trasfusione infetta nel 1985

Ha detto

Sentenza esemplare

Il giudice ha riconosciuto anche il dolore di chi sapeva che sarebbe presto morto

Avvocato Stefano Bertone